

Rapport fra samtaler med helsepersonell om særlig sårbare pasienter under Covid-19 pandemien 2020

Maja Garnaas Kielland, Camilla Holt Hasle, Kjersti J.Ø. Fløtten, Kristil Haraldstad

19.11.2020

Innledning

Forskning viser at sårbare grupper blir ekstra sårbare under en pandemi blant annet på grunn av sosiale ulikheter i helse¹. Derfor er det sentralt å ha fokus på likeverdige helsetjenester for disse gruppene i situasjonen vi står i. Målet med denne rapporten er å gi et innblikk i helsepersonells opplevelse av hvordan allerede sårbare pasienter har opplevd kontakten med sykehusene under pandemien. Med sårbare pasienter mener vi for eksempel personer med funksjonsnedsettelse, minoritetsspråklige, eldre og pasienter innen psykisk helse og rus.

Denne rapporten er laget i samarbeid mellom Akershus universitetssykehus, Avdeling samhandling og helsefremmende og Oslo universitetssykehus, Avdeling samhandling, helsekompetanse og likeverdige helsetjenester. Rapporten baserer seg på 10 samtaler fra 10 ulike avdelinger med helsepersonell (1-3 ansatt pr samtale) gjennomført i perioden september-oktober 2020.

Under pandemien har det vært økende fokus på at informasjon ikke har nådd fram til alle fordi man ikke har gode rutiner for oversettelse og målgrupperettet informasjonsarbeid til innvandrere som ikke snakker norsk. Dette er også en problemstilling vi har jobbet med på sykehusene. I perioden med nedstengingen i mars og april hadde vår hovedleverandør av tolketjenester, Tolkesentralen, en nedgang i antall tolkebestillinger og mange av oppdragene som ble gjennomført var med telefontolk istedenfor oppmøtetolk. Dette skyldes både at Tolkesentralen ønsket å beskytte tolkene og forhindre at de bar med seg smitte mellom ulike avdelinger, og at avdelingene var restriktive med å ta inn «eksterne» på avdelingen. Med tanke på tilgang til trygge, likeverdige helsetjenester for pasienter med annen språkbakgrunn anser vi nedgangen i antall tolkebestillinger som bekymringsfull. Vårt ønske med disse samtalene var derfor også å avdekke hvilke behov avdelingene har hatt, og å fange opp hva vi som hovedansvarlige for fagutvikling innen likeverdige helsetjenester kan bidra med videre inn mot en ny smittetopp eller i lignende kriser. Dette arbeidet er del av sykehusenes kvalitetsarbeid, ikke forskning.

Av anonymitetshensyn ønsker vi ikke å oppgi hvilke avdelinger som er inkludert. Vi oppgir heller ikke hvor sitater kommer fra. Dette er både fordi erfaringene i stor grad overlapper, og fordi alle erfaringene kan gi læringspunkter ved begge sykehus og ved de fleste avdelinger. Intervjuguiden har vært felles for begge sykehus, men samtalene har vært halvstrukturerte. Vi har bred representasjon både fra somatikk og psykisk helse og rus, og samtalene har vært både på sengeposter og poliklinikk. Vi velger enkelte steder å vise til skille mellom somatikk og psykisk helse og rus fordi svarene vi fikk varierte mellom disse aksene. Sitater vil merkes med kursiv og innrykk.

¹ Notat Folkehelseinstituttet, *COVID-19-EPIDEMIEN: Kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 26* Folkehelseinstituttet, 1. juli 2020
Mamelund S-E. *Social inequality – a forgotten factor in pandemic influenza preparedness*. Tidsskr Nor Legeforening, 2017.

Hvem er sårbare pasienter?

Alle våre pasienter ble rammet i større eller mindre grad av smittevernstiltak i form av for eksempel besøksrestriksjoner og smittevernsutstyr som vanskeliggjør kommunikasjon. Både i somatikk og psykisk helse og rus opplevde man at pasienter ikke møtte til eller avbestilte sine timer. Det kom frem i samtalene at pasientene var redde, enten for å ta kollektivtransport eller for å komme til sykehuset på grunn av opplevd fare for smitte eller redsel for å overbelaste helsesystemet.

Alle vi har snakket med opplever å ha jobbet med sårbare pasienter. Vi spurte hvilke pasienter de anser som spesielt sårbare, og noen grupper blir trukket fram; pasienter med innvandrerbakgrunn, hørselshemmede, unge innen psykisk helse og rus og eldre pasienter. Smittevernsutstyret har skapt utfordringer for alle disse gruppene fordi pasientene kan bli mer utrygge når de ikke ser hele ansiktet til behandler, eller det fører til ytterligere begrensinger i kommunikasjonen for de som allerede har kommunikasjonsutfordringer.

De som jobber i psykiske helse og rus mener konsekvenser av smittevernstiltakene har ført til mer utagering og tvang på institusjon. For eksempel fordi pasienter ikke har fått permisjon og som følge av at nye rutiner har tatt mer tid og er uvant for pasient. Mangel på permisjoner har gjort at pasientene ikke har fått øvet seg på hverdagsituasjoner i hjemmet. Dette er under normale forhold en del av pasientbehandlingen. For noen har det medført lenger innleggelse, mens andre har blitt skrevet ut for tidlig. Mange kommunale tilbud har vært stengt og nettverket man vanligvis støtter seg på har ikke vært tilgjengelig. Pasienter med langvarig angst og depresjon ble også ekstra sårbare på grunn av isolasjon og ensomhet som førte til mer angst og depresjon. Det har også vært utfordrende for pasienter som bor trangt og må være tett oppi familien hele tiden. Ansatte i psykisk helse og rus mener at de som en konsekvens av alt dette har sett flere innleggelser og dårligere pasienter i perioden da samfunnet begynte å åpne igjen.

Jeg tenker mye på de som endelig har klart å melde seg opp som student. Det har kanskje vært en lang vei dit, også må de være hjemme på hybelen, går glipp av studiemiljøet og alt de har gledet seg til. Mange ble dårlige av isolasjonen.

For hørselshemmede har det skapt ekstra utfordring med munnbind da det blir vanskeligere både å høre stemme og umulig å lese på leppene.

For minoritetspråklige pasienter med behov for tolk har tilbudet vært dårligere som følge av overgang til mer bruk av telefontolk. Det er ikke alltid sykehuset eller tolken har gode telefonlinjer, og når man legger til munnbind/visir hos helsepersonell og plastfolie på telefonene blir det svært vanskelig å høre hverandre.

Eldre pasienter blir nevnt som en sårbar gruppe både på sykehus fordi de kan ha vansker med å melde fra om behov når de er innlagt, og hjemme fordi de blir mer isolert og tilbud de vanligvis har faller bort.

Hvordan har det vært å være på jobb i denne perioden?

En av de første pasientene som døde hadde vi med å gjøre. Det gikk veldig fort fra innkomst til vedkommende var død. Tenkte at sånn kommer det til å være, vi skal stå i død på samlebånd i uker. Sånn ble det heldigvis ikke.

Ansatte forteller at det har vært en svært spesiell periode fra nedstengingen i mars og fram til i dag². Noen synes det har vært stressende og kaotisk. Mange forteller at de var redde i starten. Spesielt på grunn av uvissheten om hva vi sto overfor. Den første tiden var preget av stadig nye beskjeder og prosedyrer, noe som fikk store konsekvenser både for drift og for den enkelte pasient. Flere avdelinger har opplevd å jobbe med mange nye ansatte som måtte få opplæring samtidig. I starten var det usikkerhet knyttet til tilstrekkelig smittevernsutstyr. De som har jobbet direkte med Covid-syke pasienter forteller at de etter hvert følte mer mestring og fikk laget et system som fungerte godt. De ble trygge på at smittevernsrutinene fungerte.

Alle nevner at smittevern tar mye tid. For eksempel det å sprite ned alle berøringspunkter, nye rutiner for matsservering, av og på med utstyr. Dette har gått utover tiden man har til pasientkontakt og dokumentasjon. Likevel tas det også opp at økt fokus på smittevern i noen tilfeller har gitt positive virkninger. Noen nevner at de tenker det har påvirket og gitt lavere fravær hos fast ansatte, som igjen har gitt mer stabilitet. Det nevnes i psykiatrien at overgang fra å gå i private klær til å gå i arbeidstøy har vært positivt, også fordi man har mottatt positive tilbakemeldinger på dette fra pasienter. For eksempel har pasienter sagt at det da er lettere å kjenne igjen hvem som jobber der.

Besøksforbudet

Besøksforbudet og vedvarende besøksrestriksjoner har skapt store utfordringer både for pasienter, pårørende og helsepersonell.

Veldig negativt at pasientene ikke kunne ha besøk av pårørende. Pasientene har blitt dårligere av det. Å være i et sykehusmiljø oppleves som å være i et vakuum. Pårørende er noe av det de skal tilbake til. Det normale.

Helsepersonell forteller om hvordan det har vært faglig utfordrende for dem med denne restriksjonen, fordi de i normalsituasjon er opptatt av og oppmuntrer til pårørendes tilstedeværelse og ser dette som del av et godt behandlingsforløp. I noen tilfeller har det gitt tilleggsutfordringer ved at pasienter som i normalsituasjon ville ha støtte av pårørende, har blitt mer forvirret ved innleggelse. Eksempler helsepersonell nevner er eldre pasienter og psykisk syke pasienter. Eldre pasienter har en i noen tilfeller måttet sette sykepleier hos fordi man vil unngå at de vandrer forvirret i gangene og dermed også overtrer smittevernsreglement. For psykisk syke pasienter hvor pårørende ikke har kunnet følge med inn har situasjonen opplevdes mer sårbar. For helsepersonell har det også vært krevende å håndheve reglene for besøk når det etter hvert ble åpnet noe.

Mange pasienter har sterkt behov for å se pårørende og det har vært vanskelig for pårørende ikke å kunne komme på besøk eller ikke se sine nærmeste som er syke og i noen tilfeller døende. Når det

² September/oktober 2020

etter hvert ble lov med begrenset besøk, opplevde helsepersonell at det fortsatt ikke var optimalt for pasientene fordi de ofte ønsker besøk av flere enn det tillates, og de ønsker fysisk kontakt. Det har vært utfordringer i tilfeller ved lengre innleggelse hvor man har måttet ha regler som begrenser ikke bare hvor mange, men hvem som fikk komme fordi smittevern ikke ga mulighet for rotering. I noen tilfeller nevner ansatte også å ha stått i utfordringer med å ha andre og kanskje strengere regler for besøk enn annen avdeling pasienten har kommet fra, og at dette har ført til diskusjoner med pårørende. Under selve nedstengingen var pårørende mer forståelsesfulle, de forstod at det var likt for alle.

De ansatte har så godt det lar seg gjøre prøvd å tilrettelegge for kontakt med pårørende ved hjelp av telefon, med FaceTime eller lignende. Pasienter har kunnet møte pårørende ute hvis de er i form til det. Noen pårørende har stått utenfor med plakater eller snakket gjennom vinduet.

Det er vanskelig at kun en forelder kan få være med inn. Vanskelig for foreldre å få beskjed om barnet har «en diagnose» når kun en av dem er tilstede. Mange situasjoner godt å være to foreldre. Har hatt to pasienter som har hatt problemer med at kun en av foreldrene kan følge. Barnet er tryggest hos mor/sammen med mor til daglig, men far må følge fordi han snakker bedre norsk.

Pårørende til pasienter med Covid har hatt stort behov for kontakt med helsepersonell som er nær pasienten. Dette førte til mange telefonsamtaler mellom helsepersonell og pårørende.

Når det gjelder Covid er pårørendes tilstedeværelse et veldig godt behandlingstiltak for å redusere angst og stress. Når folk ligger alene på isolat kan det være lange perioder uten helsepersonell tilstede i rommet. Når de først kommer får man kanskje ikke til optimal kommunikasjon hvis pasienten ikke snakker norsk. Ikke en god situasjon. Om pårørende da kunne vært der mer hadde det også vært en avlastning for oss og veldig mye bedre for pasient.

Tolketjenester

Mange av de som er blitt intervjuet føler ikke at de har fått god informasjon om endringer i Tolketjenesten. Noen har for eksempel bare forstått det som en regel uten unntak at all fremmøte tolking har blitt omgjort til telefontolk. Ofte er det en koordinator/postsekretær som bestiller tolk. De ansatte som skal bruke tolken får bare beskjed om at tolk er bestilt. Noen har formidlet via koordinatorene at de ønsker fremmøtetolk, men fått beskjed om at Tolkesentralen ikke tilbyr det. I ett tilfelle hvor behandleren selv bestiller tolk, fikk han fremmøtetolk, noe han selv mente kunne ha med at han lettere enn sekretæren kunne forklare hvorfor fremmøtetolk var viktig i samtalen.

Selv om mange har forståelse for at Tolkesentralen ikke kan tilby fremmøte i like stor grad, kommer det tydelig fram at dette ikke er optimalt og at telefontolk ikke kan sammenliknes med fremmøtetolk. Dette handlet for eksempel om dårlig lyd kvalitet på linja, at man mister mulighet til å se ansikt og kroppsspråk eller at det skjer mange prosedyrer i rommet som tolken ikke får med seg. Innen psykiatrien, er det svært lite gunstig for pasientgruppen å skulle måtte forholde seg til en telefon med en stemme til noen man ikke ser.

Smittevern setter også begrensinger på tidsbruk som igjen har konsekvenser for konsultasjoner med tolk:

Vi er vant til å kunne bruke mer tid med flerkulturelle for det er så mange hensyn å ta, men den tiden har vi ikke nå. Har måttet komprimere tiden 90 minutter til en halvtime pga smittevernregler. Gjelder alle. Skal ikke være for lenge i samme rom. Føler vi ikke får gjort en god nok jobb.

Det er få som har prøvd skjermtolking. Det varierer også i noen grad hvor godt kjent denne muligheten var. Noen er positive til å prøve det, og mener det vil tilføre samtalen mer enn ved telefontolkning. Andre var positive fordi de håpet dette i noen tilfeller ville kunne gi lettere/raskere tilgang på tolk i situasjoner som krever det. Men andre mener de trenger fremmøtetolk uansett. Det er flere uavklarte spørsmål rundt det praktiske for å få skjermtolking til. For eksempel ble det sagt at det er behov for flere nettbrett tilgjengelig på avdelingene (i noen avdelinger på alle rom), system for desinfisering og vask av enhetene osv.

Et ønske fra ansatte for videre arbeid på dette området er et samarbeid hvor ambulerende helsepersonell kunne være tilstede hjemme med de pårørende sammen med tolk under videosamtaler med sykehuset. Behov for mer utstyr til denne typen samtaler som f.eks. nettbrett ble tematisert.

Oversatt informasjon

Noen avdelinger har sett behov for oversatt informasjon, dette gjelder spesielt de som jobber direkte med Covid-pasienter. Det er for eksempel behov for enkle pekelapper med setninger som «Har du smerter», oversatt til ulike språk. Det er også behov for å oversette informasjon som allerede gis til Covid-syke på norsk om viktigheten av å spise mat og være i aktivitet selv om man er syk.

Samtalepartner og prestetjeneste

Her er tilbakemeldingen at det ikke har vært noe større behov enn vanlig når det kommer til prest eller samtalepartner under Covid 19. En avdeling peker på smittevern:

Har brukt det før, men ikke i tilknytning til Covid, fordi det var opplest og vedtatt at færrest mulig skulle komme og gå mellom avdelinger.

Andre avdelinger sier at de har brukt prestetjenesten slik de har gjort til vanlig.

Finnes det positiv læring i en pandemi?

Jeg som leder opplever at det har vært som en dugnad i egen avdeling, en velvilje og fleksibilitet på en helt ny måte

Det samtlige sier er at samarbeidet og samholdet både intern og eksternt er styrket i denne perioden. Flere nevner dugnadsånd og endringsvilje.

Det har vært lavere terskel for å spørre om hjelp og utstyr fra andre avdelinger. Det har vært positivt på hele sykehuset, mer kontakt med andre avdelinger.

Helsepersonellet forteller om å ha sett gjennom perioden at de har faglig høy kompetanse i avdelingen sin og at denne har blitt styrket ytterligere i perioden som har vært. Noen har endret rutiner som de kommer til å fortsette med, for eksempel effektivisering av konsultasjonen, samtidig som man ivaretar pasientens behov. Noen har drevet mer oppsøkende virksomhet og opplevd det positivt å komme mer ut av kontoret.

Helsepersonell forteller også om kreative løsninger på utfordringer som har oppstått. For eksempel er det mange som har funnet kreative løsninger for at pasienten skal kjenne igjen de ansatte med beskyttelsesutstyr:

- Laminere navn og bilde som festes foran klærne
- Vinke gjennom glassvinduet før man tar på seg utstyr
- Møtes i venterommet og følge bort til undersøkelsesrom uten beskyttelsesutstyr (med avstand). Ta det på før man går inn. Da får barn (og voksne) se ansiktene og det ufarliggjør situasjonen før man tar på seg utstyr

Viktige oppfølgingspunkter i videre arbeid med sårbare grupper

- På begge sykehus er vi i gang med videreformidling av informasjonen vi har fått om tolkefeltet til Tolkesentralen og samarbeider om videreutvikling av tolketjenesten til det beste for helsepersonell og pasienter
- Samtalene har vist behov for mer opplæring i bruk av videoløsninger
- Samtalene viser behov for utstyr som nettbrett for å kunne ta i bruk de videoløsningene som allerede finnes
- Se på muligheten for hjemmebesøk fra ambulerende team hos pårørende til alvorlig syke pasienter med Covid under videosamtaler med sykehuset
- Tilbakemeldinger angående besøksrestriksjoner tyder på at det kan være behov for en mer enhetlig praksis og forståelse av gjeldene retningslinje.
- Det er behov for lydfiler, skriftlig materiell og oversatt materiell som bedrer kommunikasjon med hørselshemmede, blinde/svaksynte og minoritetsspråklige. Et [digitalt kommunikasjonsverktøy](#) er under utvikling. Lovisenberg Diakonale Sykehus har samlet oversatt behandlingsinformasjon og vanlige brukte fraser på [denne siden](#).

Samtaler og utforming av rapport:

Dette arbeidet har vært utført i samarbeid mellom;

Maja Garnaas Kielland, Avdeling samhandling, helsekompetanse og likeverdige helsetjenester, OUS

Camilla Holt Hasle, Avdeling samhandling, helsekompetanse og likeverdige helsetjenester, OUS

Kjersti J. Ø. Fløtten, Avdeling samhandling og helsefremmende, Ahus

Kristil Haraldstad, Avdeling samhandling og helsefremmende, Ahus